

Sosiale ulikheter i helse i Oslo -en litteraturoversikt

Studentoppgave i profesjonsstudiet i medisin

Erlend Strand Gardsjord V-04

Innholdsfortegnelse

Om oppgaven	side 4
Kap.1 Sosiale ulikheter i helse – en introduksjon	side 5
1.1. Den sosiale gradienten	side 5
1.2. Fra dokumentasjon til forståelse – helsedeterminanter	side 7
1.2.1. Seleksjonshypotesen	side 7
1.2.2. Den materialistiske modellen	side 7
1.2.3. Lengre levetid – nye sykdommer	side 8
1.2.4. Stress-hypotesen	side 8
1.2.5. Fra individ til samfunn	side 10
1.2.6. Livsløpsmodellen – en ulykke kommer sjelden alene	side 11
1.3. Mange komponenter – mye uvisst	side 11
Kap.2 Sosiale ulikheter i helse i Oslo	side 12
2.1. Et bilde av Oslo	side 12
2.2. Sosiale ulikheter i helse i Oslo – hva vet vi?	side 13
2.2.1 Dødelighet etter yrkesklasse	side 14
2.2.2. Helseprofil for Oslo	side 14
2.2.3 20% av Oslos befolkning er ikke-vestlige innvandrere	side 15
2.2.4. Muskel-skjelett-plager – den største årsak til uførhet	side 16
2.3 Jakten på helsedeterminantene	side 17
2.3.1 Endring av helseatferd – MoRo	side 17
2.3.2. Sosial mobilitet - seleksjon eller sosial kausalitet?	side 28
2.3.3. Vi merkes for livet...	side 19

2.3.4. Skadelige boområder?	side 21
2.3.5. Store inntektsulikheter i Oslo – effekt på helsa?	side 23
2.4. Store forskjeller – og store hull i kunnskapsgrunnlaget	side 23
Kap. 3 Veien videre	side 24
3.1. Bør de sosiale ulikheter bekymre oss?	side 24
3.2. På riktig vei i andres fotspor	side 24
3.3. Oslo: Viljen større enn evnen?	side 26
3.4. Veien videre	side 27
3.4.1 Behov for et kompetansesenter	side 27
3.4.2. Forslag til satsningsområder innenfor forskningen	side 28
Referanser	side 29

Om oppgaven

Denne oppgaven er undertegnedes obligatoriske oppgave som del av profesjonsstudiet i medisin. De senere år har Oslo til stadighet blitt brukt som eksempel på de sosiale ulikheter i helse som finnes i vårt land, sannsynligvis fordi forskjellene er mest uttalte i Oslo. Jeg vil i denne oppgaven forsøke å gi en oversikt over kunnskapsgrunnlaget per i dag om de sosiale ulikheter i helse i Oslo. I mitt forsøk på dette har jeg har valgt å dele oppgaven inn i tre hovedkapitler;

- I kapittel 1 vil jeg forsøke å gi en kort fremstilling av hva man i dag vet om sosiale ulikheter i helse; hvilke variabler man måler etter, kausalmekanismer med mer.
- I kapittel 2 følger en gjennomgang av det vi vet i dag om sosiale ulikheter i Oslo. Denne fremstillingen vil ta for seg både hvor store forskjellene er samt forskning som er gjort rundt mulige årsakssammenhenger. Jeg vil forsøke å se på disse studiene i lys av lignende studier fra inn- og utland.
- I kapittel 3 beskrives den innsats som er gjort for å bekjempe ulikhetene i Oslo samt at jeg ser fremover ved at jeg skisserer opp hvilke områder det er behov for mer forskning

I litteratursøkningen etter studier om sosiale ulikheter i Oslo har jeg søkt i databasene Medline, Google Scholar med følgende søkeord; oslo + socioeconomic/social/income/education + health/mortality/disease. Videre, siden fagmiljøet er såpass lite, har jeg også søkt etter forfatternes navn i de ovenfor nevnte datbaser samt i Bibsys og gått gjennom en del forfatteres publikasjonslister på deres respektive hjemmesider. Referanselister i en rekke artikler har også blitt brukt aktivt i jakten på en så fullstendig liste som mulig. I tillegg har jeg aktivt innhentet statistikk fra SSB samt fra Statistisk årbok for Oslo. Jeg har valgt å inkludere artikler og rapporter som ser på sosioøkonomisk status (yrke, utdanning, inntekt) som uavhengig variabel. I tillegg har artikler som ser på bostedsområde som forklaringsvariabel til de sosiale ulikheter i helse blitt inkludert.

Oslo, 30.03.2009

Erlend Strand Gardsjord

1. Sosiale ulikheter i helse – en introduksjon

Det har de siste tiår dukket opp en stadig økende kunnskap om de sosiale ulikheter i helse som eksisterer i Norge og i øvrige deler av den vestlige verden. I denne oppgaven skal jeg forsøke å gi en oversikt over de sosiale ulikheter som eksisterer i Oslo. Før jeg gjør dette vil jeg imidlertid i dette første kapittelet kort gjøre rede for hva vi mener med sosiale ulikheter i helse, hvor store disse ulikhetene er i Norge samt hva man i dag vet om årsaksmekanismer. Denne innledende oversikten er der ikke annet er angitt basert på kunnskapsoversikter (1,2,3,4).

Sosiale ulikheter i helse er de systematiske helseforskjeller som følger noen viktige sosioøkonomiske indikatorer - de mest brukte er inntekt, utdanning eller yrke. Ofte benyttes begrepet sosioøkonomiske ulikheter i helse om forskjellene. Men det er ikke bare når vi bruker disse indikatorene at et forskjellsmønster dukker opp, man ser også ulikheter i helse mellom kjønnene, mellom ulike geografiske områder, mellom enslige og par, mellom ulike etniske grupperinger. Når det gjelder mål på helse har den mest brukte vært total dødelighet. Den senere tids forskning har dog også illustrert forskjellene man ser innenfor de ulike dødsårsaksgrupper, innenfor psykisk helse og i selvrapportert helse. Før jeg går videre er det i denne sammenheng viktig å påpeke at de forskjeller som vi her snakker om er kollektive ulikheter - innenfor de ulike klassene vil det selvfølgelig være individuelle forskjeller.

1.1 Den sosiale gradienten

I motsetning til hva mange hadde trodd, er de sosiale ulikheter i helse ikke begrenset til de lavere sosiale klasser. Ulikhetene viser et trappetrinnsmonster der de med høyest inntekt har litt bedre helse enn som tjener litt mindre, de med 5-årig universitetsutdannelse har litt bedre helse enn de med 3-årig høyskoleutdannelse og slik fortsetter det nedover i det sosioøkonomiske hierarkiet (1). De sosiale ulikheter i helse er altså ikke begrenset til de fattigste, den sosiale gradienten løper gjennom hele samfunnet. Særlig viktig blir dette faktum når tiltak skal utvikles for å bekjempe ulikhetene; tiltakene må ikke være begrenset til kun de vanskeligst stilte. Dødelighetstall viser at de med lavest utdanning hadde mer enn doblet mortalitetsrate i aldersgruppen 45-59 år, dette ses for begge kjønn, mest uttalt for menn (ca. 400/100.000(høy utdanning) kontra >1000/100.000 (lav utdanning)) (1).

Elstad (5) har sett på i hvilken grad ulike dødsårsaksgrupper varierer med utdanningsnivå samt hvor mye de ulike grupper medvirker til de totale ulikhetene i dødelighet etter utdanningsnivå. I denne

analysen demonstreres igjen den sosiale gradienten for totaldødelighet og en rekke ulike dødsårsaksgrupper, dog ikke alle; kreftsykdommer generelt er jevnere fordelt i befolkningen og særlig gjelder dette tykktarmskreft og brystkreft. De største relative forskjellene målt etter utdanningslengde ses for misbruksrelaterte dødsfall, men da disse er forholdsvis sjeldne dødsårsaker utgjør de en mindre andel av den totale overdødelighet man finner med synkende utdanningslengde. Viktigere for den totale overdødelighet er da den uttalte gradient som ses for hjertekarsykdommer, lungekreft og kroniske lungesykdommer hos begge kjønn, særlig uttalt hos kvinner. Elstad beregner at disse tre dødsårsaksgruppene alene er ansvarlig for 60% av overdødeligheten man ser når man setter de med lengst utdanning som referanse. Denne overdødeligheten kan ses på som et uutnyttet folkehelsepotensial. Ser man dette i europeisk sammenheng viser Huisman et al (6) sammenlignende studie av 8 vest-europeiske land at hjerte-karsykdommer er hovedårsaken til de sosiale ulikheter i helse i Norge og våre naboland i Nord-Europa. Ser man derimot på et befolkningsutvalg fra Middelhavslandene (i denne studien representert ved de urbane områdene Torino, Barcelona og Madrid) er hjerte-karsykdommer av mindre betydning, i disse områdene trer kreftsykdom frem som en viktigere bidragsyter. Denne kunnskap om de ulike dødsårsaksgrupper bidrag til overdødeligheten i lavere sosiale lag er viktig å ha med seg når tiltak for å begrense disse ulikhetene igangsettes. Samtidig minner sammenlignende studier mellom ulike land oss om at det skal utvises forsiktighet når kunnskap fra andre land skal overføres til norske forhold.

Vi skal ikke helt slippe det sammenlignende blikket. I Norge trodde man at det forholdsvis egalitære samfunn som hadde blitt bygd etter krigen hadde skapt et samfunn som var preget av små forskjeller. Dette synet fikk et alvorlig skudd for baugen da Mackenbach et al (7) viste at Norge etter relative mål hadde like store sosiale ulikheter i helse som øvrige vest-europeiske land (med en mindre utbygd velferdsstat). Med denne rapporten mistet det norske samfunnet noe av uskylden, og fokuset på sosiale ulikheter i helse har økt betydelig (riktignok fra å nesten være et ikke-tema) de siste ti år. I en ny sammenlignende studie ledet av Mackenbach (8) ses det samme mønster, men i denne studien er også en del øst-europeiske land tatt med; Norge kommer betraktelig bedre ut enn disse. Et annet aspekt er dog også tatt med i denne studien; selvrapportert helse. På dette punktet kommer Norge ut som et av de landene med størst ulikheter i selvrapportert helse målt etter utdanning og inntekt. I sin rapport fra 2007 har Folkehelseinstituttet (4) med bakgrunn i SSBs helseundersøkelser sett på selvrapportert helse etter inntekt og utdanning. Undersøkelsene har dessverre hatt synkende deltagelse hvilket gjør at en skal være noe forsiktig med vurderingen av funnene. Det ser likevel ut til at det for selvrapportert helse og psykiske plager er en sosial gradient

målt etter både inntekt og utdanning. Vi ser konturene av det som blir kalt "double suffering"; de lavere sosiale klasser lever **kortere liv** preget av **større helseplager**.

1.2. Fra dokumentasjon til forståelse

De sosiale ulikheter i helse er altså betydelige også i Norge. Hva er så årsaksmekanismene bak disse forskjellene? I fremtidige forsøk på å bekjempe forskjellene er en viktig innrømmelse at mekanismene er mange og samvirkende. Et annet viktig poeng er at størsteparten av den kunnskap vi har i dag kommer fra internasjonal forskning, hvilket betyr at en selvfølgelig skal utvise forsiktighet når man vurderer betydning og overføringsgrad til norske forhold. Med disse forhold in mente vil jeg forsøke å gi en fremstilling av det vi vet i dag om årsaksmekanismene.

1.2.1. Seleksjonshypotesen

Jeg skal begynne med den forklaringensmodellen som Elstad (3) har omtalt som et blindspor. Seleksjonshypotesen postulerer at klasseforskjellene i helse er konsekvenser av hvem som er i disse. Denne modellen mener at det skjer en seleksjon av mennesker inn i klasser etter hvor god helse de har. Drift-hypotesen er en avart av samme teori - dårlig helse vil føre til at du synker i samfunnshierarkiet. I sin gjennomgang av litteratur knyttet til seleksjonforklaringen påpeker Elstad (9) at det er særlig i overgangen på vei inn i arbeidslivet samt prosesser der folk blir presset ut av arbeidslivet grunnet sykdom at seleksjonsmekanismer virker inn. Som motpol til seleksjonsforklaringer står sosial-kausilitetsmodellen; den enkeltes helse er et resultat av eksponering av materiell, helseatferdsmessig og sosial art. Jeg vil på de påfølgende sidene gå nærmere inn på disse mekanismene.

1.2.2. Den materialistiske modellen

På 1800-tallet og under første halvdel av 1900-tallet var den materialistiske modellen så og si enerådende. Forskjellene mellom fattig og rik i helse skyldtes at de materielle omgivelser var ulike; dårlig ernæring, urent drikkevann, manglende hygiene, trangboddhet samt tøffe arbeidsforhold ble sett på som den viktigste årsak til at de lavere sosiale klasser hadde en langt høyere dødelighet enn de som tilhørte borgerskapet (3). Og på denne tiden, da infeksjoner var de viktigste dødsårsaker var nok dette også langt på vei riktig. Men, etter den epidemiologiske transisjon, dvs etter at befolkningen i de rike land ikke lenger levde et liv preget av søken etter de nødvendige materielle goder og sykdomspanoramaet endret seg til å bli mer dominert av de såkalte livsstilssykdommer og kreft, ble det vanskeligere å forklare fortsatte ulikheter med kun materielle mangler. Interessant er det i denne sammenheng at dersom man sammenligner de 25 rikeste land i verden, er den

forventede levealder ikke relatert til hvor rike de er. Konklusjonen Wilkinson trekker av dette er at når man kommer over en viss materiell standard synes de materielle omgivelser å bety mindre (10). Blant de fremste ekspertene på feltet tillegges i dag den materialistiske modellen forholdsvis liten vekt, men den har likevel fått en liten renessanse i form av neo-materialismen (11). Denne innebærer at de høyere sosiale lag kan benytte tjenester som ikke er tilgjengelig for de lavere sosiale lag - dette fører til økte ulikheter. Elstad skriver i sin fremstilling at neomaterialismen argumenterer for velferdsstaten (3). Motstanderne av neo-materialismen (12) har i forlengelsen av denne tankegangen argumentert mot denne ved å stille spørsmålet; hvorfor er det (som omtalt tidligere), sånn at de sosiale ulikheter i helse er like store i Norden (med en velutbygd velferdsstat) som i Sør-Europa? Elstad repliserer; kamufleres velferdsstatens utjevne effekt av at de har andre utjevne mekanismer i disse landene? (3) Det skal i denne sammenheng minnes om Huisman studie (6) som viste tydelige forskjeller i ulike dødsårsaksgruppers bidrag til de ulikhetene i mortalitet i Nord-Europa kontra urbane områder i Sør-Europa.

1.2.3. Lengre levetid – nye sykdommer

Den epidemiologiske transisjon medførte som nevnt ett nytt sykdomspanorama og med denne overgangen søkte forskerne etterhvert alternative forklaringer til hvorfor sykdom var ujevnt fordelt i samfunnet. Det som etterhvert skulle gi navn til en stor andel av vår tids store sykdommer - livsstil - ble fokus for det som er blitt kalt helseatferdsteorien. I Norge har denne teorien fått stor oppmerksomhet - en kan spørre seg om denne teorien, som jo legger hovedansvaret for egen helse hos den enkelte, ønskes mer velkommen i et land som Norge som har lagt betydelige ressurser i å bygge opp en velferdsstat med like muligheter for alle. Når det er sagt er det godt dokumentert at det for noen av de mest kjente risikofaktorer for hjerte-karsykdommer; røyking, overvekt og fysisk inaktivitet, er en klar sosial gradient (4). En viss del av de sosioøkonomiske ulikheter i helse kan forklares ut fra forskjeller i helseatferd, i en større prospektiv amerikansk studie konkluderer dog Lantz et al (13) med at helseatferd (her røyking, alkohol, fysisk inaktivitet og overvekt) ikke utgjør den dominerende årsak til de sosioøkonomiske forskjeller i total-dødelighet. Det skal som nevnt utvises forsiktighet når man vurderer i hvilken grad funn kan overføres til norske forhold. Uansett illustrerer denne studien at ensidig fokus på livsstil sannsynligvis vil være utilstrekkelig i bekjempelsen av de sosiale ulikheter i helse.

1.2.4. Stresshypotesen

I fortsettelsen av denne livsstilshypotesen kan det føles naturlig å spørre om hvorfor det er sånn at de lavere sosiale klasser lever et mer risikofyllt liv ("årsakene til årsakene"). Det har i den

sammenheng blitt fremsatt at det er psykososiale mekanismer som ligger bak at fattige røyker mer og trener mindre; stress påvirker helsa indirekte ved å påvirke vår helseatferd. Dette fører oss inn på den modellen som de senere år har fått økt oppmerksomhet i fagmiljøene; nemlig den psykososiale modellen (stresshypotesen). Modellen innebærer at man tenker seg at det er psykososiale risikofaktorer som påvirker helsa ved at de virker som stressorer som direkte påvirker biologiske signalsystemer (14,15) og på den måten gjør oss mer sårbare for sykdom. Eksempler på disse psykososiale risikofaktorene er manglende kontroll over arbeid og livet, sosial isolasjon, lav selvfølelse. Jeg skal i det følgende gjøre rede for forskning innenfor noen områder der psykososiale mekanismer har blitt satt frem som mulige helsedeterminanter.

Det ser ut til at det er det blant de middelaldrende at de sosiale ulikheter i helse er mest uttalt (4). Av dette følger at det er viktig å kartlegge i hvilken grad arbeid innvirker på helsa. Det er godt dokumentert at arbeidsløshet og en utrygg jobbsituasjon (frykt for å miste jobben) påvirker helsa i negativ forstand (16), men når vi vet at de sosiale ulikhetene i helse ikke er begrenset til en marginal gruppe, men har en gradient, er det interessant å se på i hvilken grad arbeidet påvirker folks helse. Som en del av den materialistiske modellen har det fysiske arbeidsmiljø lenge vært fokusert på. På hvilken måte kan det psykososiale miljøet på jobb tenkes å påvirke helsa? I forskningen på dette feltet er det særlig to modeller som er blitt benyttet;

- krav-kontroll
- innsats-belønning-ubalanse.

Krav-kontroll-modellen ble først beskrevet av Karasek i 1979 (17) og fokuserer på forholdet mellom de (psykologiske) krav som stilles til den ansatte og den grad av kontroll som han/hun føler over den gitte oppgave. I den sammenheng er det postulert at jobber med høye krav og lav kontroll gir høyt stressnivå. Motsatt gir utfordrende krav og mulighet til å foreta egne valg en helsefremmende effekt. I innsats-belønning-ubalanse modellen (18) forstås belønning som lønn, tillit, karrieremuligheter og høy grad av jobbsikkerhet. Modellen postulerer at et godt arbeidsforhold er basert på et gjensidig/jevnbyrdig forhold mellom den innsats som nedlegges og det man får igjen for dette. Mangel på denne gjensidighet i form av høye kostnader og lav belønning tenkes å ha negative biologiske effekter. Disse to modellene må ses på som komplementære; den ene ved fokus på jobbens utforming, den andre med fokus på tillitsforholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Forskning som bruker disse modellene viser at to komponenter har en sosial gradient; lav grad og kontroll samt lav grad av belønning (19). Da høye krav og høy innsats i arbeidet er mer utbredt blant

høystatusgrupper har man ikke påvist det samme for disse komponentene. I kjølvannet av denne diskusjonen om arbeid og stress kan man spørre seg; er stresskofferten som begrep misvisende?

Et individs hverdag er ikke kun preget av jobb, viktig er også de ulike arenaer utenfor arbeidet. I hvilken grad påvirkes helse av psykososiale mekanismer utenfor arbeidslivet? I denne sammenheng kommer begrepet sosial kapital inn, mest brukt er Putnams definisjon; "aspekter av sosial organisasjon, så som nettverk, normer og tillit, som fasiliterer handling og samarbeid til gjensidig fordelaktighet" (20, min oversettelse). I forskningen på sosial kapital (21) er det særlig to aspekter som er blitt belyst; sosiale nettverk (som kvantitativt mål) og sosial støtte (mer kvalitativt - funksjonen nettverket har). Da det åpenbart er lettere å måle sosiale nettverk, finnes det flest studier om dette. Majoriteten av disse har vist en klar assosiasjon mellom økt mortalitet og et lite utviklet sosialt nettverk. Denne assosiasjonen ses også etter kontroll for risikoatferd og kronisk sykdom (som jo kan føre til sosial isolasjon). Et annet interessant aspekt er at det i observasjonelle studier ser ut til at grad av sosial støtte påvirker prognosen når sykdommen er manifest. Her er det særlig hjerte-/karsykdommer som er studert. Med bakgrunn i dette har man i intervensjonsstudier forsøkt å gi økt støtte. Dette har ikke gitt noen effekt på prognosen, men å få dette gjennomført som i virkeligheten er selvfølgelig vanskelig. Spørsmålet er så om grad av sosiale nettverk og støtte er ulikt fordelt i befolkningen?. Dette ser ut til å gjelde sosiale nettverk, de høyere sosiale lag har større nettverk (21). Wilkinson har videre hevdet at kvaliteten på den sosiale støtte er dårligere i de lavere sosiale lag (10). Forskningen rundt dette er motstridende(21).

1.2.5. Fra individ til samfunn

Vi ser altså av stresshypotesen at samspillet mellom individ og samfunn påvirker den enkeltes helse. Som det vil komme tydelig frem i beskrivelsen av helse i Oslo er det store geografiske forskjeller i dødelighet og sykkelighet i Oslo (22,23,24). Det er nærliggende å spørre; påvirker nabolaget vi bor i helse vår - er det en såkalt bostedseffekt? Vil et område preget f.eks av mye trafikk, voldskriminalitet og få grønne lunger være mer skadelig for helse sammenlignet med et villastrøk? Spørsmålet er om geografiske helseforskjeller kun skyldes karakteristika hos de som bor der (komposisjonelle faktorer) eller er det sånn at boområdet i seg selv påvirker helse til de som bor der (kontekstuelle faktorer) (25)? Forskning rundt dette spørsmålet er dog svært komplisert da det vil være en rekke faktorer som både kan være mediatorer og konfoundere (26). Det er med andre ord vanskelig å bestemme enkeltkomponenter ved lokalmiljøets selvstendige påvirkning på folkehelse. Når dette er sagt; forskning der man kontrollerer for komposisjonelle faktorer har vist fortsatt signifikante helseulikheter mellom geografiske områder. Disse resultatene kan enten forklares ved at det er

ukjente komposisjonelle faktorer man ikke har kontrollert for - eller at det er kontekstuelle faktorer som også virker inn.

1.2.6. Livsløpsmodellen – en ulykke kommer sjelden alene

Den økende forståelsen av de sosiale ulikheter i helse og dets mange forklaringsvariabler har ført frem til livsløpsmodellen. Denne modellen postulerer at individets biologi er en konsekvens av de livshendelser og -omgivelser det har blitt utsatt for gjennom livsløpet (27,28). Individet akkumulerer risiko for sykdom gjennom eksponering for biologiske og sosiale faktorer fra fosterliv til alderdom. Særlig har studier fokusert på de tidlige faser av livet og dets påvirkning på helsa i voksenlivet (29). Videre ser det ut at det skjer en hopning av uheldige eller fordelaktige eksponeringer i ulike sosiale klasser. Ser man på ulike dødsårsaksgrupper påvirkes disse i ulik grad av hendelser gjennom livsløpet. Kohortstudier er de viktigste kildene til kunnskap om livsløpets påvirkninger og de britiske fødselskohortene har stått og vil stå sentralt i denne forskningen. De nærmeste tiår vil gi spennende data da den første kohorten (født 1946) nå er på vei inn alderdommen.

1.3. Mange komponenter – mye uvisst

Fremstillingen av de sosiale ulikhetene i helse og dets forklaringsvariabler illustrerer flere ting; forskjellene er store og forklaringene er sannsynligvis mange og samvirkende. Det er en sosial gradient i sykkelighet og dødelighet i befolkningen, men ulike dødsårsaksgrupper viser ulike mønstre. Med bakgrunn i dette argumenterer Elstad for at det er lite sannsynlig at det er en felles mekanisme som skaper den sosiale gradienten (5). Det faktum at studier der en har brukt livsløpsmodellen viser at ulike dødsårsaksgrupper synes assosiert i ulik grad med forskjellige livsfaser peker i samme retning – det er ulike, komplekse årsakssammenhenger vi her har å gjøre med. Disse årsakssammenhengene har sannsynligvis i ulik grad komponenter av helseatferd, psykososialt stress, påvirkninger gjennom livsløpet og bomiljøet. Og kanskje er det mekanismer jeg til nå ikke har nevnt som også virker inn. Blant disse kan nevnes Wilkinson-hypotesen (10); jo større inntektsulikhetene i et samfunn er, jo større blir ulikhetene i helse. I følge Wilkinson vil store inntektsulikheter føre til forringelse av den sosiale kapital vi diskuterte tidligere; bla. økt mistillit, mindre samhørighet og med økt vold og utrygghet som noen av konsekvensene. Wilkinson henter frem parolen fra den franske revolusjon når han skisserer opp de idealer vi må strebe etter i forsøket på å skape samfunn preget av mindre sosiale ulikheter i helse; frihet, likhet, brorskap. Jeg lar disse ordene bli stående som illustrasjon på at de sosiale ulikhetene i helse er produktet av det samfunnet vi lever i, innsatsen som kreves for å bekjempe disse følger naturlig; de må være store og multidisiplinære.

2. Sosiale ulikheter i helse i Oslo

2.1. Et bilde av Oslo

Jeg vil begynne denne fremstillingen ved å se på forventet levealder i ulike deler av Oslo samt på noen karakteristika ved sammensetningen av byens befolkning. SSB har beregnet forventet levealder for Oslos bydeler på grunnlag av dødsfallene i 2002-2004 og sammenliknet disse tallene med levealdertall fra 1991-1995 (22).

Ettersom Oslo med bydelsreformen fikk nye bydeler 1. januar 2004 har SSB i denne sammenlikningen beregnet tallene fra 90-tallet på nytt for å gjøre tallene sammenliknbare. Beregningene viser at at byen sett under ett har opplevd en økning i forventet levealder, mer uttalt for menn enn kvinner. Videre ser man at den forventede levealder stiger mest i de områder av byen som hadde best helse fra før; forskjellene mellom bydelene øker. I 2004 kunne en mann forvente å leve 68,4 år på Sagene, i Vestre Aker 81 år.

Dersom vi ser på en av de mest brukte sosioøkonomiske indikatorer, utdanning, finner vi også betydelige forskjeller mellom bydelene. I Statistisk årbok for Oslo 2008 (30) ser vi at for aldersgruppen 30-49 år er det nå Grorud, Stovner og Alna bydeler som skiller seg negativt ut – i Stovner bydel er det kun 24,4 % av befolkningen mellom i alderen 30-49 år med universitets- eller høyskoleutdanning. I de bydeler som blir omtalt som indre øst - Sagene, Grünerløkka og Gamle Oslo bydeler - er det slående å se forskjellene i andel med høyere utdanning blant de ulike aldersgruppene i bydelene. I Sagene bydel var det per 1.1.2008 en like stor andel av befolkningen mellom 30-49 år som har universitets- eller høyskoleutdanning av mer enn ett års varighet som i Frogner bydel; 63,5% kontra 63,9 %. Ser man derimot på den eldste aldersgruppen, de over 70 år, er andelen med høyere utdanning i overkant av 3 ganger så stor i Frogner bydel som på Sagene. I vurderingen av disse tallene er det selvfølgelig viktig å huske at en stadig større andel av befolkningen tar høyere utdanning. Spennende vil det likevel være å se i hvilken effekt migrasjonen av mennesker med høyere utdanning til bydelene i indre øst vil ha på folkehelsen i dette området.

Et viktig aspekt ved Oslos befolkning er dets stadig økende multietniske preg. Andel innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn har de siste 15 år (1993-2008) økt fra å utgjøre 10,1 % av Oslos befolkning i 1993 til å utgjøre 20,6% av befolkningen per 1.1.2008. Hvor bor så Oslos minoriteter? Andelen ikke-vestlige innvandrere utgjør i bydelene Bjerke, Grorud Stovner, Alna og Søndre Nordstrand mellom 31 og 42%. På den andre siden av byen, i bydelene Ullern, Vestre Aker, Nordre Aker, Frogner og

Nordstrand utgjorde innvandrere 7,3-8,6% av befolkningen per 1.1.2008. En sammenligning av fem av de største minoritetsgruppene i Oslo viste bl.a. en betydelig forskjell mellom utdanningsnivå (selvrapportert) og andel i fast arbeid mellom de ulike minoritetsgruppene (31).

2.2. Sosiale ulikheter i helse i Oslo – en statusrapport

Når vi nå har beskrevet noen karakteristika ved sammensetningen av byens befolkning, er det tid for

å dukke videre ned i de sosiale ulikheter i helse som finnes.

Forskjellene i forventet levealder har allerede fortalt oss om

betydelig geografiske forskjeller mellom ulike deler av byen. Disse geografiske

forskjellene er ikke et nytt fenomen;

Gjestland og Moen(32)

viste i sin

sammenliknende

studie av dødeligheten

i Oslo at det over en

50-årsperiode var

stabile absolutte

forskjeller i dødelighet

mellom menn i indre

øst og indre vest.

Tidsepokene som ble

sammenlignet var

1930-39 og 1971-80. I

sin rapport Oslohelse

Helseundersøkelsen i bydelene i Oslo(HUBRO)

I Oslohelse poengteres behovet for studier med individdata (23). Som en oppfølging av dette ble Helseundersøkelsen i bydelene i Oslo(HUBRO) gjennomført i 2000-2001. Da store deler av den litteratur jeg skal gjennomgå senere bruker materialet fra denne undersøkelsen vil jeg her gi en oversikt over undersøkelsen og diskutere noen metodologiske problemer. HUBRO ble arrangert i regi av Oslo kommune, Universitetet i Oslo og Statens helseundersøkelser(nå Folkehelseinstituttet). Samtlige i 7 ulike aldersgrupper ble invitert til å være med. Responsraten var 45,9% totalt, blant menn 42,4%, kvinner 49,3%. Denne relativt lave responsraten åpner muligheten for seleksjonsbias. I sin vurdering av dette konkluderer Søgård et al (36) med at sammenlignet med den inviterte populasjonen var følgende subgrupper underrepresenterte;

- menn
- yngre
- ugifte + separerte/skilte
- født utenfor Norge
- bosted indre by
- lavere utdanning
- lavinntektsgrupper
- uføretrygdmottakere

Det ble gjort sensitivitetsanalyser for å se på konsekvensene av mulige forskjeller mellom ikke-deltakere og deltakere. Disse analysene viser at det sannsynligvis er forholdsvis små avvik i prevalens mellom de som deltok og de som ikke deltok.

To andre aspekter er at undersøkelsen baserer seg på selvrapportering samt at det er en tverrsnittsstudie og dermed naturlig nok ikke kan si noe om kausalitet.

påviste så Jenum et al (23,33) at dødelighetsratene av hjerte-karsykdommer i perioden 1990-1994 var tre ganger høyere i de verst stilte bydelene. Det ble også sett på livstilsrelaterte

risikofaktorer i forhold til sosioøkonomiske markører (24). Dette viste en sterk korrelasjon mellom en rekke risikofaktorer for hjertekarsykdom (røyking, BMI og fysisk inaktivitet) og sosioøkonomisk status. Det er dog en rekke metodologiske problemer knyttet til økologiske studier, bl.a. kan det være en rekke konfoundere som ikke er kontrollert for, og man skal ikke se på denne korrelasjonen som bevis for en kausal sammenheng. I en studie der man har sett på utviklingen av risikofaktorer for hjerte-karsykdom hos 40-åringer i ulike geografiske områder i byen i perioden 1980-2003 (34) ser man at både for menn og kvinner er det en særlig uheldig utvikling i ytre øst. Dette må ses i sammenheng med at denne delen av byen har fått en betydelig økt andel innbyggere med ikke-vestlig bakgrunn (30).

2.2.1. Dødelighet etter yrkesklasse

Som en del av prosjektet Storbyhelse tok Claussen og Næss (35) tok for seg alle innbyggere i Oslo i alderen 50-69 år i 1990. For denne populasjonen koblet de yrkesklasse i 1980 med alle dødsfall i perioden 1990-1994. Befolkningen ble inndelt etter yrkesklasser og dødelighetsrater ble beregnet på bakgrunn av dette. Resultatene viste et trappetrinnsmonster fra nederst til øverst i yrkeshierarkiet; ufaglærte arbeidere hadde i forhold til høyere funksjonærer en relativ overdødelighet på 1,6 blant kvinnene, 1,92 blant mennene. I denne samme studien ble også yrkesspesifikk dødelighet blant denne aldersgruppen sammenlignet med yngre og eldre grupper, konklusjonen var at yrkesforskjellene i dødelighet synes mest uttalt blant menn i alderen 35-49 år, dernest for begge kjønn i alderen 50-69 år. Dette stemmer overens med det bildet beskrevet i kapittel 1; de sosioøkonomiske ulikheter i helse i den norske befolkning er mest uttalte blant den middelaldrende befolkning (4).

2.2.2. Helseprofil for Oslo

Basert på HUBRO (se ramme side 13) utga Folkehelseinstituttet i 2003 Helseprofil for Oslo (37). Dersom man ser på utdanningslengde koblet opp mot sykkelighet eller dødelighet etter ulike dødsårsaker fant man bl.a. dette (alle funn gjengitt her er statistisk signifikante med p -verdi $< 0,05$);

- for dødelighet av hjerte-/karsykdommer ses en relativ overdødelighet i indre øst kontra ytre vest på 1,6 blant menn og 1,5 blant kvinnene. Det ses en betydelig lavere forekomst av hjerte/karsykdom blant de med høyere utdanning sammenlignet med de med kun 9-årig grunnskole. Forskjellene geografisk og etter utdanning er mer markerte for hjerteinfarkt enn hjerneslag.
- for kreft ses det en høyere dødelighet av kreft i Oslo enn resten av landet. Videre er det en noe høyere forekomst av kreft blant menn i Oslo enn landsgjennomsnittet, denne overhyppigheten er dog synkende. Interessant er det å merke seg en høyere 5 års overlevelse blant menn med

prostatakreft på ytre vest enn i resten av byen, det samme mønster ses blant kvinner med brystkreft og tykktarmskreft på Oslo vest.

- for egenvurdert helse , psykiske plager samt muskel-skjelettplager trer følgende mønster frem; ; overhyppighet blant kvinner, synkende hyppighet med økt utdanning og en uttalt øst-vest forskjell.
- for diabetes ses en betydelig overhyppighet blant innvandrere. Koblet opp mot utdanning ses uttalt negativ korrelasjon mellom diabetes og utdanningslengde. Vi skal dog se at dette ikke nødvendigvis er tilfellet blant innvandrerbefolkningen

Lien et al (38) har med materialet fra HUBRO og UNG-HUBRO sett på sammenhengen mellom foreldres utdanningsnivå og forekomst av overvekt blant 15-16-åringer i Oslo. BMI>30 kg/m² ble sett på som overvekt. Analysene viste en statistisk signifikant sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og overvekt - blant guttene så man en gradient med mindre overvektige jo lengre utdanning hos foreldrene.

2.2.3. 20 % av befolkningen i Oslo har ikke-vestlig bakgrunn

Som en del av HUBRO har Syed et al (39) sammenlignet sosioøkonomiske ulikheter i helse mellom etniske nordmenn og etniske pakistanere i Oslo. Pakistanere var i 2008 den nest største ikke-vestlige minoritet i Oslo (etter polakker) (23). I studien har de sett på selvrapportert helse, mental helse(målt etter HSCL-10) og selvrapportert diabetes. Videre delte man deltakerne inn etter lengde på utdanning og yrkesklasse. Resultatene viste betydelige forskjeller i distribusjonen av ulike sosioøkonomiske karakteristika mellom de gruppene; pakistanerne kommer negativt ut både når det gjelder arbeidsledighet, husholdningsinntekt og utdanningsnivå. Man fant en betydelig økt prevalens av selvrapportert dårlig helse, diabetes og psykisk stress blant pakistanerne. Særlig interessant var det at mens man så en invers sosial gradient blant etniske nordmenn i forhold til de tre sykdomsvariabler, var det samme ikke tilfellet blant pakistanerne; ingen påviselig sammenheng mellom sosioøkonomiske indikatorer og selvrapportert helse og diabetes, og for psykisk stress var dette høyere blant de med lengst utdanning. Nettopp dette siste forhold har Syed et al(40) sett på i en studie der etniske nordmenn og pakistaneres mentale helse er blitt vurdert opp mot sosioøkonomiske indikatorer samt sosial kapital-variabler. Studien viste at mens man ser en positiv assosiasjon mellom høy utdanning og nettverk blant etniske nordmenn, ses ikke dette hos pakistanerne. Et problem ved disse studiene er den generelt lave oppslutning (38%) blant pakistanerne i HUBRO. Dette, sammen med det faktum at en lavere andel av pakistanere i Oslo har tatt høyere utdanning (28) gjør at det er såpass få som tilhører den øvre gruppen at den virkelige sammenheng ikke nødvendigvis kommer frem i disse studiene. Sammenligner man funnene i disse

studiene med 1999 Health Survey for England (41) ser man at også her har pakistanere en betydelig dårligere selvrapportert helse enn hvite engelskmenn. Videre viser denne rapporten at det er store forskjeller mellom ulike minoriteter og at det innad i hver enkelt minoritet er en sosioøkonomisk gradient i selvrapportert helse dersom man bruker inntekt som sosioøkonomisk variabel. Ser man derimot på forekomst av hjerte-kar sykdom ser man for pakistanere ingen signifikante sammenhenger mellom husholdningsinntekt og morbiditet. I sin litteraturgjennomgang konkluderer Nazroo og Williams (42) med (hovedsaklig med utgangspunkt i amerikanske og britiske data) at det også innen minoriteter eksisterer en sosioøkonomisk gradient i helse. Samtidig peker de på at datagrunnlaget er mangelfullt. Vi kan oppsummere; det er et skrikende behov for mer kunnskap om innvandrerhelsen i Oslo, å utforme tiltak som kun er basert på den etniske norske befolkning er og blir utilstrekkelig. Et positivt tegn i så henseende er den nylig utgitte rapport fra Folkehelseinstituttet (31) som kommer et svar på nettopp dette behovet.

2.2.3. Muskel-skjelettplager – den største årsak til uførhet

Med materiale fra HUBRO sammenligner Brekke et al (43) to sosioøkonomiske grupper for å se på forskjeller i prevalens og alvorlighet av en av vår tids store folkeplager; muskel-skjelettsmerter. Forfatterne tar for seg (etter gammel bydelsinndeling) de tre bydelene Vinderen, Røa og Ullern (ytre vest) og Sagene-Torshov, Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo (indre øst). Funnene viste at prevalensen av muskel-skjelettplager var noe høyere i indre øst, men viktigere var det at befolkningen i indre øst hadde smerter av sterkere intensitet. Det ble sett på korrelasjon mellom sterke smerter og en rekke variabler, og følgende variabler viste en uavhengig assosiasjon etter kontroll for øvrige variabler i analysen; kvinnekjønn, ikke-vestlig opprinnelse, fysisk inaktivitet og psykiske problemer. Det er verdt å legge merke til at assosiasjonen mellom sterkere smerter og bosted i øst forsvant når øvrige variabler ble kontrollert for i denne studien, jf senere diskusjon om bostedseffekter/kontekstuelle effekter på sosiale ulikheter i helse. Å trekke konklusjoner om kausalmekanismer på bakgrunn av denne tverrsnittstudien er ikke mulig, men studien støtter hypotesen om at de sosiale klasser ikke bare er plaget av mer sykdom, de opplever også sykdom med høyere intensitet. På dette siste punktet kom forfatterne til samme konklusjon i en tidligere studie der de samme områdene ble studert som også tok for seg muskel-skjelettsmerter og relasjon til sosioøkonomiske forskjeller (44). Ser man til internasjonale studier så Eachus et al(45) i sin studie av hofteplager det samme mønster; de lavere sosioøkonomiske klasser har hofteplager med større alvorlighetsgrad.

Med materiale fra HUBRO har Mehlum et al (46) sett på de sosioøkonomiske forskjeller i selvrapporterte muskel-skjelettsmerter og koblet disse opp mot to arbeidsmiljøfaktorer; fysiske jobbkrav og grad av jobbautonomi. Her ser man en uttalt sosial gradient i distribusjonen av smerter - mer uttalt for menn en kvinner. I Marmots gjennomgang av litteraturen på feltet (19) konkluderes det med at det er sprikende funn når man har sett på muskel-skjelettlidelser i relasjon til de modeller for psykososialt stress på arbeidsplassen som ble beskrevet under punkt 1.2.4.

2.3. Jakten på helsedeterminantene

Fremstillingen så langt har vært nokså deskriptiv av natur, de sosioøkonomiske ulikheter i helse i Oslo må ses på som veldokumenterte. HUBRO har gitt et betydelig bidrag til denne kunnskapen, men kan på grunn av sitt tverrsnittsdesign si lite om kausalitet. Men det er gjort en rekke andre studier; kan vi finne noen årsaker til ulikhetene i Oslo?

2.3.1. Endring av helseatferd – MoRo

Vi har sett at de store geografiske forskjellene i helse gjenspeiles i geografiske forskjeller i distribusjonen av risikofaktorer for hjerte-karsykdom. Samtidig bor stadig flere ikke-vestlige innvandrere i Oslo – særlig i byens østlige deler. Jenum et al (47) tok utgangspunkt i disse forholdene da de igangsatte prosjektet Mosjon på Romsås (MoRo). Med mål om redusere risikofaktorer for diabetes og hjerte-karsykdom ble det igangsatt tiltak for øke fysisk aktivitet i bydel Romsås. Som kontrollbydel ble bydel Furuset valgt. Etter kartlegging av levevaner samt en rekke risikofaktorer for hjerte-karsykdom ble det med bakgrunn i en rekke teoretiske modeller satt i gang en bredt anlagt intervensjon over 3 år som bl.a. omfattet informasjon gjennom en rekke kanaler, grupperettede aktivitetstilbud, opprettelse av tursti, økt brøyting, strøing og belysning i vinterhalvåret. I tillegg fikk høy-risikogrupper individuell oppfølging av helsepersonell. Et annet poeng å legge merke til er den innsats som ble gjort for å inkludere lokalmiljøet og –befolkningen i intervensjonen.

Oppfølgingen etter 3 år viste signifikante forskjeller mellom de to bydelene for en rekke markører; ca 10 % reduksjon av fysisk inaktive (41% før, 31 % etter) i Romsås bydel, ubetydelig endring i Furuset. Et mer positivt mønster i utviklingen av risikofaktorer så man også for vekt (mindre vektøkning i Romsås), røykevaner, systolisk blodtrykk, blodglukose og –lipider. Verdt å legge merke til var at en så de samme resultatene blant de med høy og lav utdanning, hos etniske nordmenn og ikke-vestlige innvandrere.

I vurderingen av denne undersøkelsen skal man ta at det var et forholdsvis lavt oppmøte ved basisundersøkelsen i 2000 (48%), frafallsanalyser har dog vist at den høye prevalens av risikofaktorer i gruppen som ble studert neppe skyldes seleksjonsbias. MoRo-prosjektet må ses på som et suksessprosjekt og erfaringer fra dette prosjektet bør benyttes i fremtidige intervensjoner.

2.3.2. Sosial mobilitet - seleksjon eller sosial kausalitet?

Som en del av mortalitetsstudien i Oslo (se ramme til høyre for diskusjon) har Claussen et al (48, 49) tatt for seg hele Oslos befolkning mellom 50-69 år i 1990 og sett på dødsårsaksregisteret for perioden 1990-1999. Dette har de så koblet opp mot folketellingsdata på yrkesklasse fra 1960, 1970 og 1980. Spørsmålet de har stilt seg er om de klassereisende i denne perioden bekrefter seleksjonshypotesen - nemlig at god helse gir høy sosial klasse og omvendt (se kapittel 1). Analysene viser at de mobile har mortalitetsrater mellom klassen de kommer fra og den de havner i, det ser ut til at de tenderer til å ha en helse noe nærmere destinasjonen enn utgangspunktet. Det ser dermed ut som om de som beveger seg oppover øker mortaliteten i klassen de både kommer fra og den de havner i. Motsatt vil de som beveger seg nedover redusere mortaliteten i klassen de kommer fra og i klassen de havner i. Videre vil nettoeffekten av helserelatert mobilitet være avhengig av hvor mange som beveger seg opp/ned samt hvor store klassereiser de foretar seg.

Dette må sies å støtte et livsløpsperspektiv; de mobile påvirkes av klassen de kommer fra og klassen de havner i. Å si at det er en støtte for seleksjonshypotesen er dog ikke mulig å si; studien går ikke nærmere inn på kausalmekanismer. Den endring i helse som skjer hos de mobile kan vel så mye være sosialt betinget. De mobilitetsprosesser og den effekt mobilitet har på mortalitet i denne studien vil innskrenke de sosiale ulikhetene i helse og lignende funn er sett i en skotsk studie (50). I sin litteraturgjennomgang

Mortalitetsstudien i Oslo

Mortalitetsstudien i Oslo (Oslo Mortality Study) har tatt i bruk folketellingsdata helt tilbake til 1960 og koblet dette opp mot mortalitetsdata på 1990-tallet. Data på boligstandard har blitt brukt som mål på sosioøkonomisk klasse. Som gjennomgangen av litteraturen om de sosiale ulikheter i helse viser har mortalitetsstudien i Oslo særlig tatt for seg livsløpsmodellen.

En betydelig fordel med studien er at den har forholdsvis store registerdata – folketellingene var obligatoriske og innbefatter derfor hele befolkningen som var bosatt i Oslo på tidspunktet informasjonen ble innhentet. En innvending er dog at i 1960 hadde ikke bølgen av ikke-vestlig innvandring startet, hvilket betyr at disse stort sett er ekskludert fra studiene.

En kan også diskutere i hvilken grad boligstandard er representativt for sosial posisjon. Claussen og Næss argumenterer dog overbevisende for at dette er fornuftige indikatorer.

konkluderer Blane (27) med at mobilitetsprosesser ser ut til å innskrenke ulikhetene i sosial ulikhet i helse. Elstad er ikke like bastant i sin konklusjon (51). I sin gjennomgang av litteratur knyttet til seleksjonforklaringen konkluderer likevel Elstad(9) med at sosial kausalitetsmodellen må tillegges betydelig mer vekt enn disse selektive prosessene i forståelsen av de sosiale ulikheter i helse. Den samme konklusjonen kommer van Lenthe et al (52) til når de oppsummerer funn etter at den nederlandske GLOBE-kohorten er fulgt i ti år.

2.3.3. Vi merkes for livet...

Som del av mortalitetsstudien er det gjort flere studier der man har sett på i hvilken grad mortalitet i voksen alder påvirkes av sosioøkonomisk posisjon gjennom livsløpet. Claussen et al (53) samt Næss et al (54) har sett på i hvilken grad sosioøkonomisk status i barndom og voksenliv påvirker mortaliteten for en rekke ulike sykdomsgrupper. Inkluderte i studien var alle i aldersgruppen 31-50år i 1990. Denne aldersgruppen ble valgt grunnet at man koblet mortalitetsdata for disse i perioden 1990-1994 opp mot sosioøkonomisk posisjon i 1960 (da studiegruppen var i alderen 1-20år) og i 1990. Resultatene av studien viste at totalmortalitet var sterkt assosiert med sosioøkonomisk posisjon i både barndom og voksenliv. Den sosiale gradient demonstreres igjen med en invers assosiasjon mellom inntekt i 1990 og mortalitet. Det var en mindre uttalt assosiasjon mellom mortalitet og sosioøkonomisk posisjon i barndom for kvinner, dette kan muligens også ha sin årsak i at aldersjustert mortalitet i perioden 1990-1994 var forholdsvis liten for kvinner, den var nesten dobbelt så høy for menn. Ser man på spesifikke dødsårsaksgrupper viste beregninger av relativ ulikhetsrisiko at kardiovaskulær mortalitet var sterkere assosiert med sosioøkonomisk posisjon i barndommen enn voksenlivet (dog sterkt assosiert med begge). Det motsatte mønster ses for røyke-relatert kreft, voldsomme dødsfall og psykiatri-relaterte dødsfall. Forfatterne konkluderer med at studien støtter livsløpsperspektivet; at individet akkumulerer risiko gjennom livsløpet. Særlig er det i vurderingen av de sosioøkonomiske ulikheter i hjerte-karsykdommer viktig å ha et slikt perspektiv. Ser man på studier som har tatt for seg lignende problemstillinger kan dette noteres; en studie av dødelighet blant den britiske fødselskohorten fra 1946 frem til 54 års alder viser at sosioøkonomisk posisjon i både barndom og voksenliv påvirker dødelighetsrater (55). I Davey Smiths et al skotske studie (56) så man for de ulike dødsårsaksgrupper at sosioøkonomisk posisjon i barndom og voksenliv viser samme assosiasjonsmønster som i den norske studien. Dersom vi fjerner fokus fra mortalitetsstudier og ser på selvrapportert helse, viser Power et als (57) studie av den britiske fødselskohorten fra 1958 at ved 33 års alder er denne assosiert med både sosioøkonomisk posisjon i både i barndom og voksenliv. Når det gjelder mekanismene bak dette må antas å være komplekse og er for en stor del ikke kartlagt (28).

Næss et al (58) har sett på kumulative effekter av sosioøkonomisk posisjon over tid for den delen av befolkningen som var i alderen 30-69 år i 1990. Analysene viste at sosioøkonomisk status på hvert enkelt tidspunkt (10 års intervaller) hadde en uavhengig effekt på mortalitet. Mønsteret var dog noe ulikt for ulike sykdomsgrupper; mens risiko for kardiovaskulære sykdommer ser ut til akkumuleres over tid, ser voldsomme dødsfall å være nærest knyttet opp til sosioøkonomisk posisjon i nær fortid. En skal dog være forsiktig når man tolker datene for de enkelte årsaksgrupper grunnet forholdsvis få dødsfall.

Mortalitetsstudien i Oslo har vist at boligstandard som sosioøkonomiske indikator i barndommen er assosiert med økt mortalitet i voksenlivet (53). I et forsøk på å komme nærmere kausal-mekanismene bak dette har Næss et al (59) sett på to mer spesifikke oppvekstvilkår; sanitærforhold og økonomisk deprivasjon og koblet dette opp mot mortalitetsdata over en 9-årsperiode. Den relasjon man så mellom oppvekstvilkårene og mortalitet ble så godt som borte når man justerte for egen utdanning. Med bakgrunn i dette diskuterer forfatterne utdanning i voksen alder og dets relasjon til sosioøkonomisk posisjon i barndommen. Kan det være sånn at utdanning er en del av årsakssammenhengen mellom oppvekstvilkår og mortalitet? Overjusteres effekten av oppvekstvilkårene når man kontrollerer for egen utdanning? Dette er ubesvarte spørsmål, fremtidig forskning vil forhåpentligvis komme nærmere kausalmekanismene som knytter oppvekstvilkårene til voksenhelsen.

Også som en del av mortalitetsstudien har Næss et al (60) tatt for seg en kohort av Oslos befolkning som var i alderen 68-72 år per 1.1.1990. Man har så sett på yrke i 1960, 1970 og 1980 samt inntekt i 1990. Dette ble koblet opp mot dødsfall i perioden 1990-1998. I motsetning til det som ble vist for de yngre aldersgruppene (se over) så man blant denne aldersgruppen at det var kun husholdningsinntekt som mål på sosioøkonomisk posisjon i 1990 som viste en uavhengig effekt på mortaliteten. Taler dette mot livsløpsperspektivet? Ikke nødvendigvis, studien tar kun for seg påvirkninger i voksen alder (kohorten var 38-42 år i 1960), og det er ikke kontrollert for påvirkninger tidligere enn dette. Samtidig poengterer forfatterne at den gruppen som er studert er "overlevende"; de har overlevd den periode av livet der de sosiale ulikheter i helsen er størst. Dette åpner for at det kan være andre kausalmekanismer for denne aldersgruppen. Det er svært interessant å forstå disse ulikhetene; med synkende fertilitet og stadig høyere forventet levealder utgjør den eldre befolkning en stadig større andel av befolkningen. En studie som kan sammenlignes med denne er Davey Smiths et als (61) skotske studie der de har fulgt en kohort over 21 år med alderspennet 35-64 år ved

studiestart. Man fant her en kumulativ effekt av sosioøkonomisk posisjon gjennom livsløpet som ga opphav til en sosial gradient som løp gjennom hele studiepopulasjonen. Dette er ikke i samsvar med funnene i den norske studien. Det er dog noen forskjeller å legge merke til mellom disse studiene; bl.a. tok den skotske tok for seg et mye bredere alderspenn (35-64 år ved studiestart), forfatterne bak den norske studien argumenterer for at et smalere aldersspenn vil kunne gi et riktigere bilde da makro-sosiale påvirkninger har gitt en mer uniform påvirkning. I sin litteraturgjennomgang poengterer McMunn et al (62) at forskningen på sosiale ulikheter i helse blant eldre per i dag er mangelfull og har vist spirkende resultater, særlig når yrkesklasse er brukt som sosial indikator. I forlengelsen av dette pekes det på at yrkesklasse neppe er den beste indikator på sosioøkonomisk klasse hos en populasjon som ikke er i arbeid.

2.3.4. Skadelige boområder?

Sannsynligvis med rot i de ovenfor beskrevne store geografiske ulikheter i Oslo har det de senere år kommet endel studier om hvilken grad disse kan skyldes nabolagseffekter - såkalte kontekstuelle effekter. Men først vil jeg gjøre rede for en studie som tar for seg aspekter av livet som etter min mening ligger i skjæringspunktet mellom individet og samfunnet; sosial kapital.

Med materiale fra HUBRO har van der Wel (63) studert assosiasjon mellom selvrapportert helse og to aspekter av sosial kapital; tillit og deltagelse i frivillige organisasjoner (kontekstuelle variabler). Det skal understrekes at kun 28,9% av de inviterte i HUBRO ble inkludert, dette svekker studien betydelig. Ser man likevel på resultatene fant man når man kontrollerte for andre mulige kontekstuelle variabler (median-inntekt, andel med høyere utdanning) forsvant assosiasjonen mellom sosial kapital-variablene og selvrapportert helse. Men; når man kun kontrollerte for individuelle variabler, fant man signifikante forskjeller. Dette understøtter at de geografiske forskjeller i helse også skyldes kontekstuelle bostedsbostedsfaktorer.

Går vi så videre til å se på de kontekstuelle faktorer har det blitt fremsatt at av mulig betydning er utdanningsnivået i nabolaget. Næss et al(64) sett på i hvilken grad denne tilsynelatende kontekstuelle effekten står seg dersom en kontrollerer for sosioøkonomisk posisjon gjennom livsløpet. Analysene viser at det som ser ut som en signifikant effekt på mortalitet av samlet utdanningsnivå forsvant når det ble kontrollert for sosioøkonomisk posisjon tidligere i livet. Å trekke konklusjoner om kontekstuelle effekter uten å ha et livsløpsperspektiv kan derfor synes å være forhastet.

De tre neste studiene jeg skal ta for meg utgjør deler av doktorgradsarbeidet til Niklas Fredrik Piro (65). Som en del av HUBRO har Piro et al (66) i en flernivå-analyse sett på område-deprivasjon i Oslo tidligere 25 bydeler og hvilken grad dette var assosiert med en rekke helseutfall. Resultatene viste at etter kontroll for individuelle sosioøkonomiske variabler var alle helsevariablene (selv-rapport helse, mental helse, koronarsykdom, KOLS, røyking, fysisk aktivitet) signifikant assosiert med deprivasjon. Denne signifikante assosiasjonen besto etter kontroll for migrasjon siste ni år før undersøkelsen.

Også som en del av HUBRO har Piro et al (67) sett på fysisk aktivitet blant 75-åringer i Oslo og hvilken grad denne påvirkes av vold i bydelen og selv-opplevd trygghet. Man fant at helsestatus ikke kunne forklare forskjellene i fysisk aktivitet mellom bydelene, forskjellene forsvant dog etter kontroll for individuelle sosioøkonomiske variabler samt vold i bydelen hos menn, hos kvinner etter kontroll for individuelle sosioøkonomiske variabler og frykten for vold.

Også som en del av sitt doktorgradsarbeid har Piro (68) sett på luftforurensning koblet opp mot mortalitetsdata. Resultatene viste at depriverte boområder hadde høyere grad av luftforurensning, og denne var assosiert med den økte mortalitet i disse områdene. Når det kontrollert for deprivasjonsvariabler og individuelle variabler, modifieres assosiasjonen mellom luftforurensning og mortalitet. Forfatterne konkluderer med at dette kan ha flere årsaker; helseeffekten av å bo i et deprivert område kan være delvis mediert av luftforurensning. Eventuelt er det ingen kausal sammenheng mellom luftforurensning og mortalitet, det kan være andre nabolageffekter her som virker som konfoundere og som egentlig forklarer denne assosiasjonen.

I sin doktorgradsavhandling konkluderer Piro (65) med disse ovenfor omtalte studier har funnet uavhengige assosiasjoner mellom en rekke variabler på nabolagsnivå og en rekke helseutfall. Dette arbeid støtter hypotesen om at kontekstuelle bostedsfaktorer har en innvirkning på de sosiale ulikheter i helse. I Pickett og Pearls (69) gjennomgang av 25 flernivå-analyser på temaet var det kun to studier som ikke viste signifikante forskjeller mellom bostedsområder etter kontroll for sosioøkonomiske variabler. Selektiv migrasjon har blitt nevnt som en forklaring på dette, men Piro's studie omtalt over (66), støtter ikke at dette kan forklare hele denne forskjellen. Når dette er sagt illustrerer studien omtalt i forrige avsnitt (68) de utfordringer forskningen rundt nabolageffekter står overfor; det er en rekke variabler som både kan være mediatorer og konfoundere (26). Oakes (70) har sågar hevdet at flernivåanalyser ikke er egnet for å si noe om kausal-mekanismer blant de kontekstuelle variabler. Dette er det uenighet om i fagmiljøene (65). Oakes mener at en i fremtiden bør fokusere på tiltak og vurdering av disse i søken etter kausalmekanismer (70). Diez-Roux (26) sier

seg delvis enig i dette, men legger til at veien videre ikke bare må fokusere på intervensjoner, men også ved bl.a. mer fokuserte observasjonelle studier for å komme nærmere kausalmekanismene.

2.3.5. Store inntektsulikheter i Oslo – effekt på helse?

Jeg avsluttet kapittel 1 med å gjøre rede for Wilkinson-hypotesen. Elstad (71) har sett på sammenhengen mellom inntektsulikhet i ulike bostedsregioner i Norge og dødelighet over en femårsperiode 1994-99 for de samme regionene. Beregninger av Gini-koeffisient som mål på inntektsulikhet viste da at Oslo kommer ut som den regionen i landet med størst inntektsulikhet. Dette faktum, i tillegg at studien viser at dødelighetsnivået var relatert til inntektsulikheten i bostedsregionen, gjør studien særlig interessant i vurderingen av folkehelse i Oslo. Stor inntektsulikhet ser ut til å særlig ramme de lavt utdannende, og dette er særlig tydelig i Oslo. Å dermed si at dette er en kausal sammenheng gjennom de mekanismer som Wilkinson-hypotesen postulerer er ikke sikkert. Det er som nevnt uenighet i forskningsmiljøene rundt denne teorien, men Elstads studie illustrerer at denne innfallsvinkelen er noe vi skal ta med oss videre i forskningen på årsaksmekanismene bak de sosiale ulikhetene i Oslo.

2.4. Store forskjeller – og store hull i kunnskapsgrunnlaget

Det er ikke bare inntektsulikhet vi skal ha i hodet som en mulig årsaksfaktor bak de store ulikhetene i helse i Oslo. Fremstillingen av Oslo og de sosiale ulikheter som preger byen viser et bilde av en by som er i stadig endring; flyttemønstre endrer den sosioøkonomiske sammensetningen av mennesker i bydelene samt en stadig økende andel ikke-vestlige innvandrere står frem som to viktige trender. Folkehelse i byen er i bedring, men forskjellene øker. Helseulikhetene har en klar sosial gradient, og gjenspeiles i noen grad i forskjell i helseatferd. MoRo har gått foran som et godt eksempel på hvordan helseatferden kan påvirkes. Men selv om mediebildet kan få oss til å tro noe annet, ligger langt fra hele løsningen her. Det ser ut til at helseulikhetene blant Oslos befolkning har årsaksmekanismer som skyldes eksponering gjennom livsløpet – vår helse formes kontinuerlig. De store geografiske forskjellene i helse i Oslo ser også ut til å delvis å være resultat av at boområdene er ulike. Og høyst sannsynlig ligger en del av forklaringen i de forhold vi utsettes for i arbeidslivet, fysiske så vel som psykiske belastninger. Men dette er et eksempel på et felt der det per i dag er lite forskning med utgangspunkt i Oslo. Jeg vil i det siste kapitlet forsøke å gi mitt bidrag til hvordan kursen kan stakkes ut videre.

3. Veien videre

3.1. Bør de sosiale ulikheter bekymre oss?

I kapittel 1 og 2 har vi sett at de sosiale ulikheter i helse er store i Norge og ikke minst i Oslo. Men er dette noe vi bør bekymre oss for og ønske å gjøre noe med? Og *kan* vi gjøre noe med det? Som svar på det første spørsmålet fremhever Sosial- og helsedirektoratets ekspertgruppe at de sosiale ulikheter i helse bør gjøres noe med av flere årsaker (72);

- uutnyttet folkehelsepotensial
- rettferdighetsaspekt - ikke samme sjanser
- samfunnsøkonomi - uhelsen som følge av ulikhetene øker de offentlige utgifter og svekker velferdsstatens økonomi ved redusert sysselsetting og økte helseutgifter.

Jeg stiller meg helhjertet bak disse argumentene. Ser vi på spørsmålet om vi kan gjøre noe med ulikhetene er svaret på dette vanskeligere. I sin diskusjon av dette er Mackenbach (73) tilbakeholden; sannheten er at vi per i dag har begrenset kunnskap om de muligheter som finnes for å snu de siste årenes trend; at ulikhetene øker. Å avdekke kausalmekanismene bak ulikhetene vil selvfølgelig skje ved internasjonalt samarbeid, det vil ikke kun skje innenfor de nasjonale rammer. En skal som tidligere nevnt dog vise forsiktighet i overføringen av kunnskap fra andre land til norske forhold. Bekjempelsen av de sosiale ulikhetene i helse i Norge og Oslo betinger fortsatt overvåking av ulikhetene samt (mener jeg) økt fokus på intervensjon. Dette må skje ved at vi drar nytte av internasjonale erfaringer samtidig som satsningen på forskning på feltet økes nasjonalt. Før jeg skisserer opp hva jeg mener bør være veien videre, vil jeg gjøre rede for hvor langt vi har kommet i bekjempelsen av ulikhetene i Norge og Oslo samt se kort på noen europeiske foregangsland.

3.2. Norge: På riktig vei i andres fotspor

I sitt essay fra 2002 tegner Espen Dahl (74) et dystert bilde av de sosiale ulikheter i helse i Norge; ulikhetene er store og økende og ikke nok med det; både forskningsmessig og på den politiske agenda omtales Norge som en sinke. I sin beskrivelse bruker Dahl Whiteheads modell (75) for bekjempelse av sosiale ulikheter i helse, se figur neste side. Dahl hevder at i Norge i 2002 var det å overdrive å hevde at de sosiale ulikheter i helse ble sett på med bekymring (concern - se figur). Videre levner han lite håp for fremtiden ved å predikere at de nærmeste år neppe vil føre til en vesentlig endring i Norge innenfor dette feltet.

Syv år senere kan det se ut til at denne siste profetien nok var for dyster. Vi har siden 2002 sett et økende fokus både forskningsmessig og politisk. I 2003 kom stortingsmeldingen Resept for et sunnere Norge (76) der sosiale ulikheter i helse er ett av hovedtemaene. I 2005 kom Gradientutfordringen – Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse (1). Som en følge av denne opprettet direktoratet en ekspertgruppe på sosiale ulikheter i helse. En del av handlingsplanen var også å komme med et "faglig grunnlag for en bredere nasjonal satsning". I 2007 kom stortingsmeldingen Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (77). At temaet er brennhett i Norge er dog å overdrive, den sist nevnte stortingsmelding fikk relativt liten oppmerksomhet (78). Brennhett eller ei, feltet har i løpet av de siste årene blitt løftet betydelig høyere opp på den politiske agendaen. I Sosial- og helsedirektoratets strategiske plan for 2007-2010 (79) er reduksjon av helseforskjellene mellom mennesker ett av fire hovedmål. Ett annet hovedmål er sosial inkludering. Ser vi igjen på Whiteheads modell vitner dette om at vi nok har nådd punktet vilje til å gjøre noe, med den nasjonale strategien vil nok de politiske myndigheter hevde at vi sågar har kommet lenger. Hvor langt vi har kommet på veien mot omfattende, koordinerte tiltak vil diskusjonen på de kommende sidene til en viss grad illustrere.

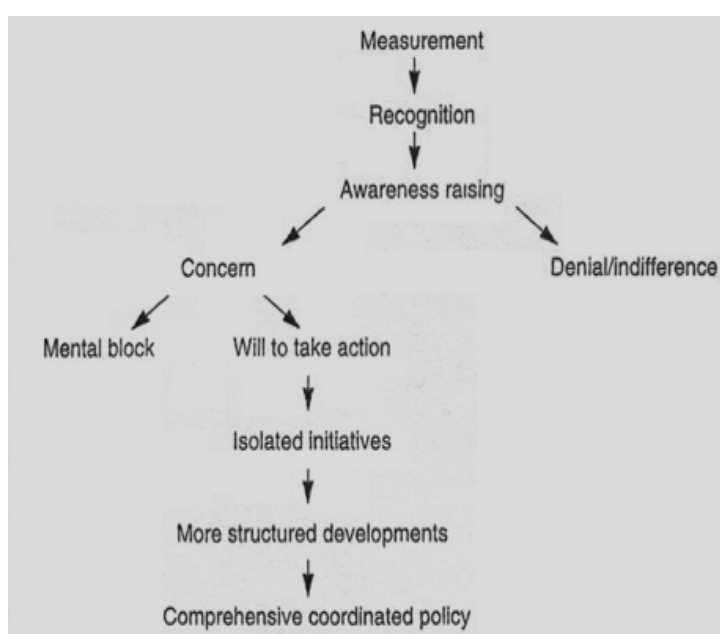


Fig.3.1. Whiteheads aksjonsmodell(76)

Dahls beskrivelse av Norge som en sinke er dog korrekt. Ser man på noen av foregangslandene i Europa innenfor forskning på politisk vilje til å bekjempe sosiale ulikheter i helse kom svenskene i 2000 (80) med sin plan for hvordan redusere helseforskjellene. Svenskene utarbeidet sine retningslinjer hovedsakelig basert på tilgjengelig kunnskap om kausalmekanismene, bevis på effekt av de fremlagte tiltak ble ikke lagt frem. I kontrast til dette har man i Nederland valgt en annen innfallsvinkel; i 2001 kom en komite satt sammen av forskere og politikere med 26 direkte anbefalinger rettet mot å redusere de sosiale ulikheter i helse (81). Disse anbefalingene var basert på erfaringer fra et forskningsprogram med fokus på intervensjoner og vurdering av disse som ble utført i årene forut for 2001.

I Norge kom altså Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller i 2007 (77). I denne stortingsmeldingen skisseres det opp fire hovedangrepunkt;

- samfunnstrukturelle tiltak; redusere inntektsulikheter, oppvekstvilkår og arbeidsmiljø
- helseatferd og tilgang/kvalitet på helsetjenester
- økt sosial inkludering
- styrking av kunnskap om helseulikhetene samt øke bevisstheten om de samme.

3.3. Oslo: Viljen større enn evnen?

I den ovenfor beskrevne stortingsmeldingen legges det også vekt på at det skal utvikles verktøy som kommunene kan bruke i sitt arbeid for å redusere de sosiale ulikhetene. I tilfellet Oslo henvises det i strategien til Hovedstadsmeldingen som kom i juni 2007. Innholdet i denne er dog skuffende. Utover en beskrivelse av helseulikhetene trekkes det kun opp generelle retningslinjer for hvordan utbedre spesielt utsatte geografiske samt at det fokuseres på opptrappingsplanen for psykisk helse (som ble

avsluttet i 2008) samt tiltak rettet mot rus.

Ekspertgruppas handlingsprinsipper(72):

- målet er å begrense sosiale ulikheter i helse, dog ikke på bekostning av de med best helse
- politikken og tiltakene skal være kunnskapsbasert, helsekonsekvensutredninger bør brukes aktivt, utviklingen overvåkes og tiltakene evalueres
- med bakgrunn i gradienten bør universelt orienterte tiltak prioriteres. Disse kan suppleres med tiltak mot spesielt utsatte grupper
- økt innsats på forebyggende, strukturelle tiltak
- omfattende, koordinerte tiltak på tvers av samfunnssektorer
- redusere uheldige konsekvenser av svekket helse

Hva skjer så på kommunalt plan? Med bakgrunn i Resept for et sunnere Norge samt Gradientutfordringen utarbeidet Oslo kommune Folkehelseplan for Oslo 2005-2008 (83) som nå er blitt utvidet til å gjelde t.o.m. 2012 uten vesentlige endringer (personlig meddelelse). Ser en på innholdet i denne planen er fokus primært rettet mot helseatferd og da særlig i høyrisikogrupper. Det uttrykkes eksplisitt at planen er rettet mot utsatte/ høyrisikogrupper og at forskjellene best bekjempes med "selektive tiltak mot utsatte grupper". Ser man på dette i lys av Sosial- og helsedirektoratets ekspertgruppes handlingsprinsipper (72 - se boks over) ift

utforming av tiltak må dette ses på som utilstrekkelig. Ekspertgruppa poengterer at tiltak rettede mot utsatte grupper vil være utilstrekkelig, det må i tillegg satses på "universelt utformede tiltak". I tillegg til helseatferd rettes også noe fokus mot det psykososiale miljøet, særlig blant barn og unge.

Selv om intensjonene er gode kan en få inntrykk av at planen og oppfølgingen av denne er svært fragmentert. Det er foreslått en ekstern vurdering av folkehelseplanen i 2012 (personlig meddelelse). Jeg vil hevde at oversikten over tiltak på Oslo kommunes nettsider (84) viser en rekke små, lokale tiltak, men den overordnede faglig forankrede, koordinerte planleggingen av tiltakene glimrer med sitt fravær. At planen er videreført uten en vurdering samt at dette kun er foreslått, men ikke vedtatt, vil jeg hevde at understreker utilstrekkeligheten i denne planen.

Mer løfterikt er Groruddalssatsningen; en satsning på Groruddalen som skal løpe over ti år (2007-2016) (82). Satsningen utgjøres av tiltak på en rekke områder, inkl. boligutvikling, idrett, kultur, oppvekstvilkår, utdanning, levekår og inkludering, og er et samarbeidsprosjekt mellom en rekke kommunale organer og flere departementer. De positive effekter dette prosjektet vil kunne ha på folkehelsen i området blir spennende å følge.

3.4. Veien videre

Bekjempelsen av de sosiale ulikheter i helse må skje på bred front. Når jeg nå skal avslutte denne oppgaven med noen tanker om hvor veien skal gå videre har jeg valgt å fokusere på forskning; jeg vil trekke frem noen områder jeg synes fremtidig forskning bør fokusere på. Før jeg kommer til dette vil jeg dog argumentere for behovet for et kompetansesenter.

3.4.1 Behov for et kompetansesenter

Jeg mener at det er en rekke prosesser de senere år som må ses på som positive, dette er særlig de tiltak i regi av Sosial- og helsedirektoratet med oppbygging av et kompetansemiljø inkludert en ekspertgruppe. De nylig publiserte handlingsprinsipper (72) er et av disse skrittene i riktig retning. Men dette bør være bare begynnelsen. Ser vi til Sverige ble det der allerede i 2000 opprettet et forskningssenter på sosiale ulikheter i helse (85). Forskningssenteret satser på en tverrfaglig tilnærming til temaet; senteret samler forskere innen psykologi, sosiologi, sosialmedisin og epidemiologi. Det er også blitt opprettet et masterprogram som tar for seg de sosiale ulikheter i helse. I Norge bør en naturlig videreføring av den tverrfaglige ekspertgruppa være at det også her opprettes et tverrfaglig kompetansesenter. Ikke minst er dette viktig for å sikre en god nok faglig forankring når intervensjoner for å redusere forskjellene skal settes i gang. Et slikt kompetansesenter tar Jenum et al (47) også til orde for i sin oppsummering av MoRo-studien. Jeg mener at behovet for et slikt senter illustreres av Oslo kommunes folkehelseplan; de lokale tiltakene organisert av kommunen er små og mangler tilstrekkelig faglig forankring. Planens overordnede strategi for å redusere helseulikhetene er også delvis i utakt med den gjeldende nasjonale politikk. Jeg mener at

lokale tiltak med lokal forankring er viktig, men det er samtidig viktig at dersom vi skal ha håp om å komme problemet til livs, må vi satse mer helhjertet og med større faglig tyngde. Den bebudede satsningen på kommunehelsetjenesten (86) fra helseminister Bjarne Håkon Hanssen er en mulighet for å øke kunnskapen om sosiale ulikheter i helse i kommunehelsetjenesten og sørge for at tiltak for å dempe disse får en sterkere faglig forankring. Dette må ses på som spennende og utfordrende forebyggende arbeid.

3.4.2. Tre forslag til satsningsområder for forskningen

I en lederartikkel i *Scandinavian Journal of Occupational Medicine* skriver Kristensen (87) at forskning på psykososiale mekanismer i arbeidslivet og dets bidrag til forståelsen av de sosiale ulikheter i helse er svært mangelfull og han ønsker mer forskning på temaet velkommen. Da ulikhetene i helse ser ut til å være størst blant den middelaldrende del av befolkningen mener jeg at forskning på arbeidet bør være et av satsningsområdene i fremtiden. I et arbeidsliv som i mindre og mindre grad preges av fysisk hardt arbeid, preges de i desto større grad av psykiske belastninger. Som beskrevet i kapittel 1 er det to hovedmodeller som er blitt mest brukt i forskning på temaet, og jeg mener det er på høy tid at de psykososiale effekter av arbeid blir gjenstand for forskning også i Oslo og Norge.

Med bakgrunn i at de ulike dødsårsaksgrupper har en forskjellig skjevfordeling i de sosiale lag og at det ser ut som de i ulik grad påvirkes av påvirkninger gjennom livsløpet vil argumentere for at fremtidig forskning forsøker å komme nærmere de ulike årsaksmekanismer for ulike sykdomsgrupper. Et grundigere kartlegging av dette vil også forhåpentligvis sette oss i bedre stand til å utvikle mer målrettede tiltak.

For det er økt satsning på tiltak og vurdering av disse jeg vil trekke fram som et siste punkt på min liste over hvor forskningsinnsatsen bør fokuseres. Det har blitt argumentert med at vår kunnskap om årsaksmekanismene er for mangelfull til at målrettede tiltak kan iverksettes, men jeg vil stille meg bak de som hevder at et økt fokus på tiltak også kan tjene til det formål at vi får en større innsikt i årsaksmekanismene bak ulikhetene. I utformingen av tiltak og oppfølgingen av samme ser jeg som nevnt for meg at et kompetansesenter bør stå sentralt.

Referanser:

1. Sosial og helsedirektoratet(2005) Gradientutfordringen. Rapport Nr. IS-1229, Sosial- og helsedirektoratet; Oslo
2. Sund ER, Krokstad S(2005) Sosiale ulikheter i helse i Norge, en kunnskapsoversikt. Rapport Nr IS-1304, Sosial- og helsedirektoratet; Oslo
3. Elstad JI(2005) Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer. Rapport Nr. IS 1282, Sosial- og helsedirektoratet; Oslo.
4. Næss Ø, Rognerud M, Heine Strand B(red)(2007) Sosiale ulikheter i helse. En faktarapport. Rapport 2007:1; Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Oslo.
5. Jon Ivar Elstad et al(2007) Hva betyr de enkelte dødsårsaksgrupper for utdanningsforskjellene i dødelighet? Norsk Epidemiologi 2007; 17 (1):37-42
6. Huisman et al(2005) Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western-European countries. Lancet 2005; 365: 493-500
7. Mackenbach et al(1997) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997; 349: 1655-1659.
8. Mackenbach et al.(2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Eng J Med 2008; 358; 2468-2481
9. Elstad JI(2002) Strategien mot sosioøkonomiske ulikheter: Skal den innbefatte helserelatert seleksjon? Norsk Epidemiologi 2002; 12 (1): 39-42
10. Wilkinson RG(2005) Impact and inequality: How to make sick societies healthier. New Press; New York.
11. Lynch et al(2000) Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ 2000; 320: 1200-1204
12. Marmot M, Wilkinson RG(2001) Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ 2001; 322: 1233-6
13. Lantz et al.(2001) Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. Soc Sci Med 2001; 53(1): 29-40.
14. Steptoe AC(2006) Psychobiological processes linking socio-economic position with health. I: Siegrist J, Marmot M(red) Social inequalities in health, ss 101-126; Oxford University Press, New York.
15. Brunner E, Marmot M(2006): Social organization, stress and health. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) Social determinants of health, ss 6-30; Oxford University Press; New York.
16. Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM(2006) Unemployment, non-employment and job-insecurity. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) Social determinants of health, ss 78-96; Oxford University Press; New York.

17. Karasek RA(1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job design. Admin Sci Quart. 24; 285-308.
18. Siegrist J(1996) Adverse health effects of high effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol 1; 27-41.
19. Marmot M, Siegrist J, Theorell T(2006) Health and the psychosocial environment at work. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) Social determinants of health, ss 97-130 ; Oxford University Press; New York.
20. Putnam RD(1993) The properous community. Social capital and public life. The American Prospect no 13 (Spring 1993); 35-42
21. Stansfeld SA(2006) Social support and social cohesion. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) Social determinants of health, ss 148-171 ; Oxford University Press; New York.
22. Dybendal KE, Skiri H(2005) Klare geografiske forskjeller mellom bydeler i Oslo. Samfunnsspeilet 6/2005, Statistisk Sentralbyrå, Oslo.
23. Rognerud M, Stensvold I(1998) Oslohelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Klinik for forebyggende medisin, Ullevål universitetssykehus, Oslo.
24. Jenum AK, Thelle DS, Stensvold I(1998) Regionale ulikheter i sykdomsrisiko i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 23-27
25. Stafford M, McCarthy M(2006) Neighbourhoods, housing and health. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) Social determinants of health, ss 297-317; Oxford University Press; New York.
26. Diez-Roux A(2004) Estimating neighborhood health effects: the challenges of causal inference in a complex world. Soc SciMed58 (2004) 1953–1960
27. Blane D(2006) The life course, the social gradient, and health. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) Social determinants of health, ss 54-77 ; Oxford University Press; New York.
28. Power C, Kuh D(2006) Life course development of unequal health. I: Siegrist J, Marmot M(red) Social inequalities in health, ss 27-53; Oxford University Press, New York.
29. Wadsworth M, Butterworth S(2006) Early life. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) Social determinants of health, ss 31-53 ; Oxford University Press; New York
30. Oslo kommune(2008) Statistisk årbok for Oslo 2008. URL:
http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/publikasjoner/statistisk_arbok/
31. Kumar et al(2008) The Oslo Immigrant Health Profile . Rapprt 2008:7. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo
32. Gjestland T, Moen E(1988) East is east, and wst is west. NIBR-rapport 1988:21, Oslo

33. Jenum AK, Stensvold I, Thelle DS(2001) Differences in cardiovascular disease mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. *Int J Epidemiol* 2001; 30:59-65.
34. Jenum AK et al(2007) Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes gjennom 30 år. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2532-6
35. Claussen B, Næss Ø(2002) Dødelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1867-1869
36. Sjøgaard et al(2004) The Oslo Health Study: The impact of self-selection in a large, population-based survey. *Int J Equity Health* 2004; 3: 3
37. Grøtvedt(2003) Helseprofil for Oslo. Folkehelseinstituttet
38. Lien N et al(2007) Overvekt blant ungdom i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 54-8
39. Syed et al(2006) Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *Int J Equity Health* 2006; 5: 7
40. Syed et al(2006) Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health* 2006, 6:182
41. Erens et al(2001) Health Survey for England 1999: The health of minority ethnic groups. The Stationery Office, London.
42. Nazroo J, Williams DR(2006) The social determination of ethnic/racial inequalities in health. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) *Social determinants of health*, ss 238-266; Oxford University Press; New York.
43. Brekke M, Hjortdahl P(2004) Musculo-skeletal pain among 40- and 45-year olds in Oslo: differences between two socioeconomically contrasting areas, and their possible explanations. *Int J Equity Health*. 2004; 3: 10
44. Brekke et al(2002) Severity of musculoskeletal pain: relation to socioeconomic inequality. *Soc Sci Med* 54(2002): 221-228
45. Eachus et al(1999) An additional dimension to health inequalities: disease severity and socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:603–611
46. Mehlum et al(2008) Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain. *Scand J Work Environ Health* 2008; 32 (4): 250-259.
47. Jenum AK et al(2007) Kan lokalbaserte strategier bidra til å redusere sosiale helseforskjeller? MoRo-prosjektet – bakgrunn, hovedresultater og erfaringer. *Norsk Epidemiologi* 2007; 17 (1): 49-57
48. Claussen B, Næss Ø(2002) The selection hypothesis of social inequalities in health: The Oslo Mortality Study. *Norsk epidemiologi* 2002; 12 (1): 43-46
49. Claussen et al(2005) Intragenerational mobility and mortality in Oslo: Social selection versus social causation. *Soc Sci Med*

50. Blane D et al(1999)Some social and physical correlates of intergenerational social mobility, evidence from the West of Scotland Collaborative Study. *Sociology* 1999;33(1):169-83.
51. Elstad JI(2001) Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint: discussion and results from a Norwegian study. *Eur J Public Health* 11; 135-40
52. van Lenthe FJ et al(2004) Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. *Eur J Public Health* 2004; 14: 63-70.
53. Claussen B et al(2003) Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause-specific mortality: the Oslo Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 40-45
54. Næss Ø et al(2004) Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 597-598
55. Kuh et al(2002) mortality in adult aged 26-54 years related to socio-economic conditions in childhood and adulthood: a post-war birth cohort study. *BMJ*; 325: 1076-80
56. Davey Smith G et al(1997) Lifetime socioeconomic position and mortality: a prospective observational study. *BMJ* 1997; 314: 547-552
57. Power C et al(2002) Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress; evidence from the 1958 British birth cohort. *Soc Sci Med*, 55, 1989-2004.
58. Næss Ø et al(2004) Cumulative deprivation and cause-specific mortality. A census-based study of life course influences over three decades. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 598-603
59. Næss Ø et al(2007) Housing conditions and cause-specific adult mortality: The effect of sanitary conditions and economic deprivation on 55.761 men in Oslo. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007; 35: 570-576
60. Næss Ø et al(2005) Life-course influence on mortality at older ages: Evidence from the Oslo Mortality Study. *Soc Sci Med* 62(2006): 329-336
61. Davey Smith G(1997) Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *BMJ* 1997; 314:547
62. McMunn et al(2006) Social determinants of health in older ages. I: Marmot M, Wilkinson RG(red) *Social determinants of health*, ss 267-296; Oxford University Press; New York.
63. van der Wel K(2007) Social capital and health - a multilevel analysis of 25 administrative districts in Oslo. *Norsk Epidemiologi* 2007; 17 (1):71-78
64. Næss Ø et al(2008) Life course influence of residential area on cause-specific mortality. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:29-34
65. Piro NF(2008) The influence of the physical and the social environment on health : a population based multilevel study in Oslo, Norway. *Doktorgradsavhandling(ph.d.)*. Faculty of Medicine, University of Oslo.

66. Piro NF et al(2007)Area deprivation and its association with health in a cross-sectional study: are the results biased by recent migration? *Int J Equity Health*. 2007; 6: 10
67. Piro NF et al(2007) Physical activity among elderly people in a city population: the influence of neighbourhood level violence and self perceived safety *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;**60**:626-632
68. Piro NF et al(2007) Air Pollution, Social Deprivation, and Mortality: A Multilevel Cohort Study *Epidemiology*(2007); 18(6) : 686-694
69. Pickett KE, Pearl M(2001) Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 111-122
70. Oakes JM(2003) The (mis)estimation of neighborhood effects: causal inference for a practicable social epidemiology. *Soc Sci Med* 58 (2004) 1929–1952.
71. Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:3082-4
72. Sosial- og helsedirektoratet(2009) Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse. Rapport Nr. IS-1654. Sosial- og helsedirektoratet; Oslo
73. Mackenbach JP(2006) I: Siegrist J, Marmot M(red) *Social inequalities in health*, ss 27-53; Oxford University Press, New York.
74. Dahl E (2002) Health inequalities and health policy: The Norwegian case. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12 (1): 69-75
75. Whitehead M (1998) Diffusion of ideas on social inequalities in health: a european perspective. *Milbank Q*, **76** (3): 469-492.
76. Helse- og omsorsdepartementet(2003) St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
77. Helse- og omsorsdepartementet(2007) St. meld. Nr 20(2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller .
78. Claussen B.(2007) Sosiale ulikheter i helse i Oslo. *Utposten* 2007(4); 6-9
79. Sosial- og helsedirektoratet (2008) Strategisk plan for Helsedirektoratet 2007-2010. Rapport Nr. IS-1402, Sosial- og helsedirektoratet; Oslo
80. Socialdepartementet (2000) Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan
81. Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health (2001) *Reducing Socio-economic Inequalities inHealth. Final report and policy recommendations from the Dutch*

Programme Committee. The Health Research and Development Council of the Netherlands.

82. Oslo kommune(2006) Folkehelseplan for Oslo. 2005 – 2008. URL: <http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/samfunnshelse/folkehelseplan/>

83.Oslo kommune: Om Groruddalssatsningen. URL: <http://www.prosjekt-groruddalen.oslo.kommune.no/groruddalssatsningen/>

84. Oslo kommune: Innmeldte tiltak til og prosjekter til folkehelseplanen. URL: <http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/samfunnshelse/folkehelseplan/folkehelsetiltak/>

85. CHESS – Centre for Health Equity Studies, Stockholm University/Karolinska Institutet. URL: www.chess.su.se

86. Aftenposten 11.12.08: Disse får neppe jobb på sykehus. URL: <http://www.aftenposten.no/helse/article2818042.ece>

87. Kristensen P(2008) Inequalities in health, social causation and the role of occupation. Scand J Work Environ Health 2008;34(4):235–238